

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

456967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 9 1 0 1 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8209538	7-Data Validade da Senha 1 9 1 0 1 4 1 2 1 1
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 2 7 5 7 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSE DE CASTRO LIBANIO	17/07/1973	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano JESSE DE CASTRO LIBANIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 7 1 7 1 3 2 3 2 8 1 8	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US								
1	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
2	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
3	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
4	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
5	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
6	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6 1 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
7	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
8	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
9	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
10	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 1 0 0	0	1	0	0	0	0	12/11/21	
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 5 0 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
---	--	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRP-50349-04
---------------	---	---	---	---